

短期集中リハビリ居宅訪問事前相談シート

作成日 令和 年 月 日

利用者氏名		生年月日	年 月 日
訪問日		性別	
事業所(職員名)		<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2	
担当居宅介護支援事業所 (担当ケアマネジャー名)			

	項目	レベル		課題				導入の必要性	
		以前	現在	実施状況	協力者	優先順位	環境	用具	住宅改修
A D L	排泄								
	食事								
	入浴								
	更衣								
	整容								
I A D L	買物			<input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 買物					
	調理			<input type="checkbox"/> 準備 <input type="checkbox"/> 調理					
	洗濯			<input type="checkbox"/> 洗濯機 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 畳む <input type="checkbox"/> 干す					
	農業			<input type="checkbox"/> 畑 <input type="checkbox"/> 田					
	掃除			<input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> お風呂					
	整理			<input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> お風呂					
	ゴミ出し			<input type="checkbox"/> 準備 <input type="checkbox"/> ごみ出し					
	通院								
	服薬			<input type="checkbox"/> 準備 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 薬の把握					
	金銭管理								
	電話			<input type="checkbox"/> 電話をかける <input type="checkbox"/> 電話にでる					
基本 動作	社会参加								
	起き上がり			<input type="checkbox"/> 支持なし <input type="checkbox"/> 手すり					
	立ち上がり			<input type="checkbox"/> 支持なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手すり					
	座位			<input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 長座位 <input type="checkbox"/> しゃがみ位					
	立位保持			<input type="checkbox"/> 支持なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手すり					
	前かがみ			<input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 立位					
歩行			<input type="checkbox"/> 屋内() <input type="checkbox"/> 屋外()						

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善の可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善の可能性 高い	改善の可能性 低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

短期集中リハビリ事前相談判定書

作成日 令和 年 月 日

生活機能低下となった疾病について	
管理が必要な疾病の有無について	

利用者及び家族の生活に対する意向		一日の生活の過ごし方	
------------------	--	------------	--

課題分析(問題点)	
-----------	--

福祉用具/住宅改修により課題解決となる生活動作	
-------------------------	--

短期集中予防サービスによる改善が見込まれる生活動作	
---------------------------	--

A	B	C	D
用具・住宅改修で改善が見込まれる	短期集中リハビリで改善が見込まれる	A、Bの併用	別の対応が必要

上記見込みについて、同意いたします。

令和 年 月 日 氏名